

Hoitoisuusluokittelua 20 vuotta – mitä hyötyä?

Liljamo Pia

30.11.2017 ::

Suomalaisten sairaanhoitajien arjen rutiineiksi on 20 vuoden aikana vakiintunut potilaiden toteutuneen hoidon vaativuuden eli hoitoisuuden arviointi sitä varten kehitetyn Oulu - hoitoisuusluokitusmittarin avulla. Mittarin kehittämistä vauhditti hoitotyön oman identiteetin sekä tieteenalan kehittyminen. Hoitotyön tekijöillä ja hoitotyön johtajilla oli tarve hoitotyön merkityksen esiintuomiselle, oli tarve saada näkymätön hoitotyö näkyväksi terveydenhuollon päätöksiä tekeville. Miten tässä on onnistuttu? Onko hoitoisuusluokitusmittarista ollut hoitotyön sisällön ja hoitajien työn esille tuojaksi?

Hoitoisuusluokituksen kehittämisen lähtökohdat

Hoitohenkilöstön tarkoituksenmukainen käyttö turvaamaan potilaalle riittävän ja laadukkaan hoidon on ollut vuosikymmeniä hoitotyön johtajien tavoitteena. Lukuisissa selvityksissä ja toimintaohjelmissa on korostettu potilaan hyvää ja turvallista hoitoa riittävillä hoitajaresursseilla. Terveystieteellisen tutkimuksen painotus terveydenhuollon toiminnan perustumista näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Samoja perusteluja käytettiin jo 1990-luvun alussa, kun hoitoisuusluokituksen kehittämistä Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä (PPSHP) aloitettiin [2]. Silloin tavoitteena nähtiin tarve tehostaa toimintaa ja käyttää voimavaroja parhaalla mahdollisella tavalla, jotta voidaan taata potilaiden hyvä hoito. Hoitoisuusluokituksen tarvetta perusteltiin sillä, että potilaat ovat hoitoisuudeltaan erilaisia, vaikka lääketieteellinen diagnoosi olisikin sama, ja kuluttavat erilaisen määrän henkilöstö- ja muita resursseja. Lisäksi nähtiin, ettei kokemuseräinen tieto potilaan hoidon tarpeesta ole riittävä perusta hoitotyön toiminnan arvioinnille, suunnittelulle ja niiden perusteluille. [2] Tarvittiin näyttöön perustuvaa tietoa, vaikka sitä ei silloin taidettu vielä sillä nimellä kutsua.

Oulu-hoitoisuusluokitusmittarin ja raportoinnin kehittäminen

Oulu-hoitoisuusluokitusmittarin (Oulu Patient Classification, OPC) kehitys aloitettiin PPSHP:ssä kanadalaisen luokituksen pohjalta vastaamaan suomalaisia hoitotyön periaatteita ja käytänteitä [2] [3]. Kehittämistyötä jatkettiin yhdessä Vaasan keskussairaalan kanssa. Vuodesta 1997 PPSHP:n vuodeosastot ovat arvioineet potilaan toteutuneen hoidon vaativuuden OPCq-mittarilla, joka on 2000-luvun alusta ollut osa RAFAELA©-hoitoisuusluokitusjärjestelmää [3] [4]. Tällä hetkellä Suomessa järjestelmää ja sen eri toimialueille kehitettyjä hoitoisuusluokitusmittareita käyttää noin 900 yksikköä 30:ssä eri organisaatiossa [4]. Hoitoisuusluokittelun luotettavuutta seurataan kaikissa käyttäjäsaaraloissa vuosittain tehtävien rinnakkaisluokitusmittausten avulla. Mittarin reliabiliteetti on osoitettu varsin hyväksi, vaikka selkeitä sisällöllisiä ja käsitteellisiä kehittämistarpeita on tunnistettukin [5].

Toimivat tietojärjestelmät ja lähes reaaliaikainen raportointi sekä hoitoisuusasioiden koordinointi ovat olleet oleellinen edellytys hoitoisuusluokituksen käytön vakiintumiselle, tiedon keräämiselle ja hyödyntämiselle. PPSHP on ollut edelläkävijä hoitoisuusraportoinnin kehittämisessä, tällä hetkellä saadaan useita eri raportteja kuvaamaan potilaiden hoitoisuutta ja sen kehittymistä valittuna ajanjaksona.

Hoitoisuusluokitustiedon hyödyntäminen

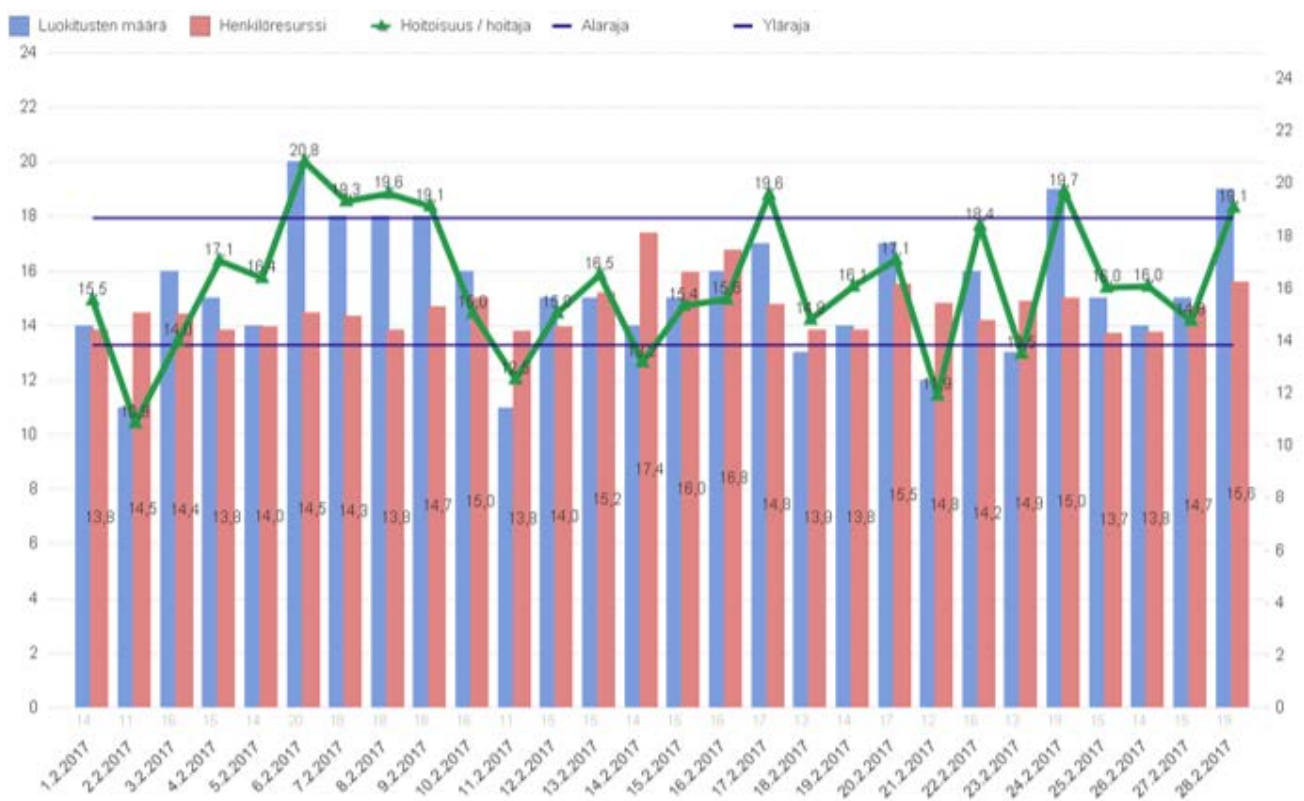
OPCq-hoitoisuusluokitus sisältää kuusi hoidon tarvealuetta hoitomenetelmineen:

1. hoidon suunnittelu ja koordinointi,
2. hengittäminen, verenkierto ja sairauden oireet,

3. ravitseminen ja lääkehoito,
4. hygienia ja erityistoiminta,
5. aktiviteetti, toiminnallisuus, nukkuminen ja lepo sekä
6. hoidon/jatkohoidon opetus, ohjaus ja emotionaalinen tuki.

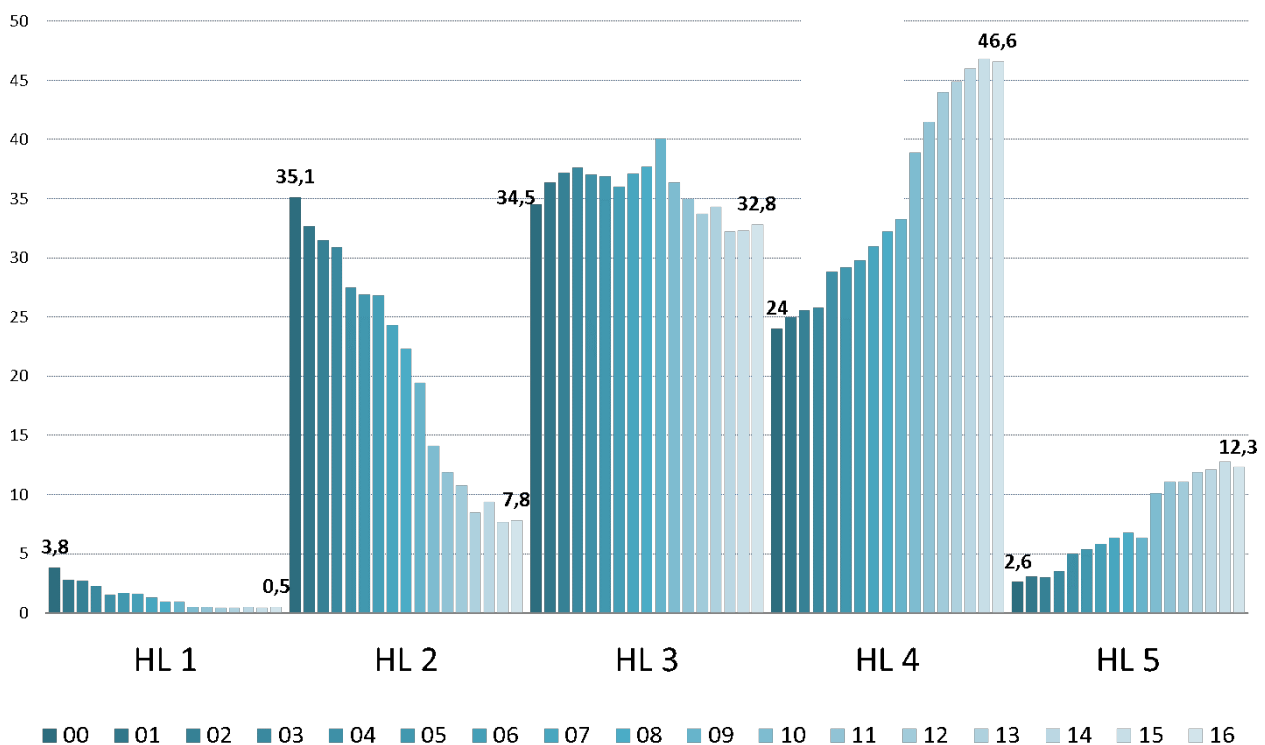
Kullakin osa-alueella valitaan kuvaavin hoidon neljästä vaativuustasosta (A–D), jonka jälkeen potilaan saamat kokonaishoitoisuuspisteet (vaihteluväli 6–24) lasketaan ja yhdistetään yksikön kaikkien potilaiden hoitoisuuspisteisiin. Saatujen hoitoisuuspisteiden avulla voidaan laskea yksikön päivittäinen hoitoisuus per hoitaja -pistemäärä, joka suhteutetaan yksikköön PAONCIL-mittarilla määriteltyyn optimaaliseen hoidon tasoon [6].

Yksiköissä on siten mahdollista päivittäin seurata keskimääräistä hoitajakohtaista hoidon vaativuuden kuormaa, pysytäänkö määritellyllä optimialueella, kuinka usein ollaan tavoitealueen ylä- tai alapuolella (kuvio 1). Riittävän pitkään työskentely määritellyn optimialueen yläpuolella vaikuttaa hoitohenkilöstön työhyvinvointiin ja lisääntyneisiin sairaspotilaisiin [7]. Hoitohenkilöstön riittävän tai riittämättömän mitoituksen vaikutuksista hoitajien työhyvinvointiin, potilaiden hoidon laatuun ja hoidon tuloksiin, jopa kuolleisuuteen, on runsaasti tutkimusnäyttöä. [8] [9]



KUVIO 1. Hoitoisuuspisteet per hoitaja -raportti

Samaan aikaan kun potilaiden vuodeosastohoitopäivien määrä on selkeästi vähentynyt potilaiden hoidon siirryttyä entistä enemmän sairaalan poliklinikoille ja muihin avohoidon palveluihin, osastoilla hoidettavien potilaiden hoidon vaativuus on lisääntynyt [10]. Kuviossa 2 on nähtävissä vuodeosastotoiminnan muutos vuoden 2000 jälkeen. Raskashoitaisimpien hoitoisuusluokkaa 4 ja 5 olevien potilaiden osuus kaikista osastoilla hoidettavista potilaista on yli kaksinkertaistunut tänä aikana. Muutos on ollut suurinta kirurgisilla vuodeosastoilla. Tällä hetkellä lähes 60 % sisätautien ja kirurgian aikuisvuodeosastojen potilaista on hoidoltaan erittäin vaativan hoidon tarpeessa.



KUVIO 2. PPSHP:n aikuisvuodeosastojen potilaiden hoitoisuusluokkakohtainen muutos vuosina 2000–2016

Hoitoisuusluokitus osana potilaan hoidon dokumentointia

PPSHP:n ESKO-potilastietojärjestelmässä potilaan hoidon tarpeita ja toteutunutta hoitoa hoitajat ovat kirjanneet Oulu-hoitoisuusluokituksen kuuden osa-alueotsikon avulla vuodesta 1996 aina sähköisen potilaskertomuksen kehittämisen alusta alkaen. Hoitajat ovat kokeneet hoitotyön prosessimallin mukaisen kirjaamisen OPCq-otsakkeilla selkeäksi ja potilaan hoidon kokonaisuuden huomioivaksi ja sen on koettu helpottavan kirjaamisen pohjalta tehtäviä hoitoisuusluokituksia. Ongelmana on se, että hoitokertomukseen kirjatun tiedon hyödyntäminen tietojärjestelmästä ei ole ollut helppoa, koska päivittäismerkinnot on kirjattu niin sanotusti vapaalla tekstillä, narratiivisesti. Tulevaisuudessa potilastietojärjestelmien rakenteistaminen ja erilaisten valmiiden koodistojen ja termistöjen hyödyntäminen mahdollistaa hoitokertomusmerkintöjen paremman raportoinnin ja analysoinnin.

Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen suomalaisen hoitotyön luokituskokonaisuuden (FinCC) avulla on saanut kansallisen määrittelynsä ja on jo joissakin potilastietojärjestelmissä ja sairaaloissa käytössä, ei ESKO-järjestelmässä. Tällä hetkellä hoitoisuusluokituksen kuuden osa-alueen avulla saadaan karkea kuva yksikön tai koko toimialueen hoitotyön sisällöstä ja painotuksista. Yhdistämällä potilaan hoitoisuus-tietoon rakenteisesti FinCC:n avulla tehty hoitokertomusmerkinnät, on mahdollista saada tarkempi ja yksityiskohtaisempi kuva potilaalle annetusta hoidosta. Tämä on mahdollista, kun FinCC -luokituskokonaisuus ja OPCq -mittarin sisällöt on yhteensovitettu ja tuotos on viety potilastietojärjestelmään [\[11\]](#).

Yhteenveto

Näyttöön perustuvan tiedon hyödyntäminen hoitotyön johtamisen päätöksenteossa on ollut keskiössä vuosikymmeniä. Tiedolla johtaminen on konkreettisesti mahdollistunut vasta viimeisen 10 vuoden aikana tietojärjestelmien kehittymisen myötä. Monipuolista tietoa potilaan hoidon tarpeista, toteutuneesta hoidosta ja hoidon vaikuttavuudesta tarvitaan, jotta osataan suunnitella toimintaa ja hoidon tarvetta vastaavaa henkilöstöresursointia [\[12\]](#).

Hoitoisuusluokituksen kehittämisen alkutaipaleella toimintaa kuvaavia tunnuslukuja ja mittareita oli varsin vähän, joten odotukset hoitoisuustiedon kaiken kattavuuteen olivat suuret. Tänä päivänä tilanne on toinen, toimintaa kuvaavia tunnuslukuja on runsaasti saatavilla ^[13]. Toisin sanoen, hoitoisuustietokaan ei yksin riitä, vaan muutakin tietoa tarvitaan. Joka tapauksessa tärkein perusta hoitoisuusluokitustiedon hyödyntämiselle on siellä jokapäiväisessä arjen työssä – ilman hoitajien luotettavaa ja sitoutunutta luokittelua tietoa potilaiden hoidon vaativuudesta ei olisi käytettävissä, ja tässä ollaan hyvin onnistuttu.

Lähteet

1. [△]Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. Hakupäivä 1.10.2017.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
2. [△]^{abc}Onnela, E. & Svenström, R. 1998. Oulu-hoitoisuusluokituksen kehittäminen Oulun yliopistollisessa sairaalassa 1995–1997: loppuraportti. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4. Oulu.
3. [△]^{ab}Kaustinen, T. 2011. Oulu-hoitoisuusluokitus ja hoitohenkilökunnan ajankäyttö hoitotyön laatuvaatimusten näkökulmasta. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Oulu.
4. [△]^{ab}FCG Oy. 2015. RAFAELA® -hoitoisuusluokitus. Hakupäivä 1.10.2017.
<http://www.soteluokitustuotteet.fi/fi/luokitustuotteet/rafaela>
5. [△]Liljamo, P., Kinnunen, U-M., Ohtonen, P. & Saranto, K. 2017. Quality of nursing intensity data: inter-rater reliability of the patient classification after two decades in clinical use. Journal of Advanced Nursing 73 (9), 2248–59.
6. [△]Fagerström, L., Lønning, K. & Andersen, MH. 2014. The RAFAELA system: a workforce planning tool for nurse staffing and human resource management: Lisbeth Fagerström and colleagues describe a method pioneered in Finnish hospitals that aims to uphold staffing levels in accordance with patients' care needs. Nursing Management 21 (2), 30–36.
7. [△]Rauhala, A., Kivimäki, M., Fagerström, L., Elovainio, M., Virtanen, M., Vahtera, J., Rainio, A-K., Ojaniemi, K. & Kinnunen, J. 2007. What degree of work overload is likely to cause increased sickness absenteeism among nurses? Evidence from the RAFAELA patient classification system. Journal of Advanced Nursing 3, 286–95.
8. [△]Aiken, LH., Sloane, DM., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., Diomidous, M., Kinnunen, J., Kózka, M., Lesaffre, E., McHugh, MD., Moreno-Casbas, MT., Rafferty, AM., Schwendimann, R., Scott, PA., Tishelman, C., van Achterberg, T. & Sermeus, W. 2014. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study, The Lancet 383, 1824–30.
9. [△]Junttila, J., Koivu, A., Fagerström, L., Haatainen, K. & Nykänen, P. 2016. Hospital mortality and optimality of nursing workload: A study on the predictive validity of the RAFAELA Nursing Intensity and Staffing system. 2016. International Journal of Nursing Studies 60, 46–53.
10. [△]Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2017. Tilinpäätökset ja toimintakertomukset vuosilta 2000–2016. Hakupäivä 1.10.2017.
https://www.ppshep.fi/tietoa_toiminnasta/prime104.aspx
11. [△]Liljamo, P., Kinnunen, U-M. & Saranto, K. 2016. Healthcare professionals' views on the mutual consistency of the Finnish Classification of Nursing Interventions and the Oulu Patient Classification. Scandinavian Journal of Caring Sciences 30, 477–88.
12. [△]Liljamo, P., Lavander, P. & Kejonen, P. 2015. Hoitohenkilöstön mitoitus Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä vuosina 2013–2014. Hankkeen loppuraportti. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 1. Hakupäivä 1.10.2017.
<http://www.ppshep.fi/julkaisusarja/prime103.aspx>
13. [△]Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2016. Erikoissairaanhoidon tunnuslukuja Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin sairaaloissa 2013-2016. Hakupäivä 1.10.2017.
https://www.ppshep.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds...

Metatiedot

Nimeke: Hoitoisuusluokittelua 20 vuotta – mitä hyötyä? Teoksessa K. Koivisto, A. Henner & L. Kiviniemi (toim.) Hoitotyön koulutus ja tutkimus- ja kehittämistoiminta – ajankohtaisia ja tulevaisuutta ennakoivia haasteita

Tekijä: Liljamo Pia

Aihe, asiasanat: hoitohenkilöstö, hoitoisuus, hoitotyö, luokitukset

Tiivistelmä: Artikkelissa kuvataan Oulu-hoitoisuusluokitusmittarin (OPCq) kehittämistyötä sekä hoitoisuustiedon hyödyntämistä Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä. OPCq-mittarin kehittäminen käynnistyi 1990-luvun alussa tavoitteena kehittää luokitusjärjestelmä optimaalisen hoitajaresursoinnin suunnittelun avuksi.

Sairaalan vuodeosastoilla OPCq-mittaria on käytetty systemaattisesti vuodesta 1997 alkaen. Luokitusten luotettavuutta varmistetaan vuosittain tehtävillä rinnakkaisluokituksilla. Hoitoisuustiedon hyödyntäminen on mahdollistunut tieto- ja raportointijärjestelmien kehittymisen myötä. Tällä hetkellä raportointijärjestelmästä on mahdollista saada lähes reaaliaikaisia perusraportteja muun muassa potilaiden jakautumisesta hoitoisuusluokkiin sekä yksikön hoitoisuustasosta suhteessa yksikköön määriteltyyn optimaaliseen hoitoisuustasoon. Hoitoisuusluokituksen sisältöä on myös hyödynnetty potilastietojärjestelmään tehtävän hoitotyön kirjaamisen sisällön runkona. Sairaalan johto hoitotyön johtajien ohella ovat oppineet hyödyntämään hoitoisuustietoa osana muita toimintaa kuvaavia tunnuslukuja.

Vaikka hoitoisuusluokituksen kehittämistarpeita on tunnistettu ja monia toimintaa kuvaavia tunnuslukuja on nykyään käytettävissä, on luokitus onnistunut saavuttamaan sille 25 vuotta sitten asetetut tavoitteet. Hoitoisuustiedon hyödyntämisen perusteet ovat sairaanhoitajien päivittäisessä sitoutumisessa ja luokitusaktiivisuudessa.

Julkaisija: Oulun ammattikorkeakoulu, Oamk

Aikamääre: Julkaistu 2017-11-30

Pysyvä osoite: <http://urn.fi/urn:nbn:fi-fe2017101850145>

Kieli: suomi

Suhde: <http://urn.fi/URN:ISSN:1798-2022>, ePooki - Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön julkaisut

Oikeudet: Julkaisu on tekijänoikeussäännösten alainen. Teosta voi lukea ja tulostaa henkilökohtaista käyttöä varten. Käyttö kaupallisiin tarkoituksiin on kielletty.

Näin viittaat tähän julkaisuun

Liljamo, P. 2017. Hoitoisuusluokittelua 20 vuotta – mitä hyötyä? Teoksessa K. Koivisto, A. Henner & L. Kiviniemi (toim.) Hoitotyön koulutus ja tutkimus- ja kehittämistoiminta – ajankohtaisia ja tulevaisuutta ennakoivia haasteita. ePooki. Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön julkaisut 43. Hakupäivä xx.xx.20xx. <http://urn.fi/urn:nbn:fi-fe2017101850145>.